

第1号様式（第9条関係）

阿賀野市妊婦健康診査費・新生児聴覚検査費・
産後1か月母子健康診査費助成金交付申請書

関係書類を添えて、下記のとおり健診等の助成金を申請します。

なお、助成要件確認のため住民基本台帳等公簿の閲覧、医療機関への内容確認等を行うことに同意します。

年 月 日

阿賀野市長 様

※妊婦健康診査費の助成は、妊婦または産婦のみが申請できます。

申請者	住所 〒			
	氏名	電話番号		
乳児	氏名	生年月日	年	月 日
申請項目	申請する健診等に☑をつけてください <input type="checkbox"/> 妊婦健康診査 <input type="checkbox"/> 新生児聴覚検査 <input type="checkbox"/> 産婦1か月健康診査 <input type="checkbox"/> 1か月児健康診査			
申請者名義の 振込先口座	金融機関名	銀行・農協 信組・信金	支店 支所	
	種別	普通 ・ 当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類 ①医療機関等が発行する領収書・明細書 ②母子健康手帳（申請する健診等のページ）

※市記入欄

受診状況一覧

	回数	受診日	実施機関名	自己負担額（助成対象額）	助成決定額
妊婦健康診査	回目	年 月 日		円(円)	円
	回目	年 月 日		円(円)	円
	回目	年 月 日		円(円)	円
	回目	年 月 日		円(円)	円
	回目	年 月 日		円(円)	円
	回目	年 月 日		円(円)	円
	回目	年 月 日		円(円)	円
	回目	年 月 日		円(円)	円
	回目	年 月 日		円(円)	円
新生児聴覚検査		年 月 日		円(円)	円
産婦1か月健診		年 月 日		円(円)	円
1か月児健診		年 月 日		円(円)	円
助成合計額					円